

SU SOLICITUD PARA MEDICAID ESTÁ PENDIENTE

Fecha _____

Nombre _____

Dirección _____

Su solicitud para Medicaid no está completa porque no tenemos la información necesaria.

Número de caso _____

Número de distrito _____

Estimado(a) _____:

Su solicitud para Medicaid no se puede completar porque no tenemos la siguiente información:

- La Sección para Determinar Discapacidad (DDS por sus siglas en inglés) aún no ha resuelto si su estado médico reúne los requisitos de discapacidad para Medicaid. Su solicitud se detendra hasta que DSS haga una decisión. Tan pronto DSS haga la decisión, nosotros le avisaremos.
- Le hemos pedido a los siguientes proveedores o médicos documentos para determinar si usted tuvo una emergencia médica: _____

_____ No hemos recibido los documentos. Su solicitud será negada para esta fecha, _____ si no recibimos los documentos.

- Necesitamos los formularios FL-2/MR-2 o CAP Plan de Cuidado comprobando que usted necesita cuidado de largo plazo en una institución de convalecencia. No hemos recibido el formulario. Su solicitud será negada para esta fecha, _____ si no recibimos el formulario.

Comuníquese con su trabajador inmediatamente si tiene preguntas.

Trabajador _____

Dirección _____

Número de Teléfono _____